Instuderingamaterial

- Puls- och blodtrycksmätning (samt tempkontroll & andningsfrekvens som ej kräver delegering)
- Spolning av urinkateter
- Blåsinstillation- Urotainer
- Enkel sårvård

- Subcutan injektion med förfylld sputa

(Övrig provtagning- Urinsticka)

- PEG- skötsel och administrering av läkemedel/sondvälling
- Nasogastrisk sond- hantering och administrering av läkemedel/sondvälling

Referenser: Vårdhandboken.se och instruktion från tillverkare

DELEGERINGSGRUPPEN

Innehållsförteckning

Blodtrycksmätning: 3

Pulsmätning: 5

Mäta kroppstemperatur: 7

Räkna andningsfrekvens: 9

Kompressionsbehandling....10

- Lindning av ben 10
- Juxta Lite 10
- Kompressionsstrumpor (kräver ej delegering att utföra) 11

Spolning av Urinkateter/Blåssköljning 12

Blåsinstillation med citronsyrelösning- Urotainer 13

Enkel sårvård....14

Subcutan injektion med förfylld spruta 15

Urinsticka 1

Nutrition....2

- PEG/Knapp- skötsel och administrering av läkemedel 2
- Nasogastrisk sond 4

Blodtrycksmätning:

Varför tar vi blodtrycket: För att bedöma patientens mående, vid hälsokontroll samt vid uppföljning av medicinsk behandling.

Vad mäter vi när vi tar ett blodtryck? Blodtrycket mäts i mmHg= millimeter kvicksilver. Det anges med två tal, till exempel 120/80 som uttalas 120 över 80. Det första talet anger övertrycket (systoliska) som uppstår när hjärtat drar ihop sig och pumpar ut blod. Det andra talet anger undertrycket (diastoliska), när hjärtat slappnar av och fylls med nytt blod. Normalt systoliskt blodtryck (vuxen) brukar ligga runt 110-130 mmHg och diastoliskt tryck cirka 80 mmHg. Blodtryck som ligger högre än 140/90 mmHg vid 2-3 olika mättillfällen ger diagnosen högt blodtryck (Hypertoni).

Blodtrycket mäts liggande, sittande (eller stående).

OBS: För ett korrekt resultat vid blodtrycksmätning måste rätt manschettstorlek användas. Bredd och längd på manschetten anpassas efter överarmens omkrets.

Blodtrycksvärdet blir falskt för högt om en normalbred manschett används på en för kraftig överman. På motsvarande sätt blir blodtrycksvärdet falskt för lågt om en bred manschett används till en smal arm

- **Förberedelser:**
  Informera patienten.
- Ej ha druckit te, kaffe, nyttjat tobak eller utfört tyngre fysisk ansträngning 30 min innan kontroll.
- Låt patienten gärna vila 5 min innan mätningen.
- Rätt manschettstorlek
- <u>Om patienten redan varit uppe rekommenderas att blodtrycket tas sittande för att ej få ett falskt högt blodtryck om patienten lägger sig ner.</u>
- Stetoskopet: skänklar åt rätt håll. Pekar mot ögonen. Membranet används vanligen, om det är svårt att höra används klockan. Provlyssna innan så ljud hörs.



Silent gap kan uppstå vid framför allt högt blodtryck. Det innebär att pulsljuden försvinner ganska snart efter att luften i manschetten börjat släppas ut för att sedan återkomma. För att undvika risken för felvärde och för att vara säker på att manchettrycket överstiger det systoliska blodtrycket bör man därför börja med en palpatoriskt blodtrycksmätning

Hur: Palpatoriskt mätning:

Den palpatoriska metoden är mycket bra vid akuta tillstånd också då man förutom ett snabbt mätt blodtryck får en känsla för patientens tillstånd genom att känna pulsens fyllnad och hudens temperatur. Men man får endast det systoliska blodtrycket med denna metod.

Placera blodtrycksmanschetten stadigt men inte för hårt kring överarmen (ett finger ska med lätthet kunna placeras mellan manschett och hud). Säkerställ rätt storlek på manschetten.

Palpera pulsen i a. radialis (på tumsidan av handleden) eller a. brachialis (på lillfingersidan i armvecket). *Se bild under kapitlet pulsmätning.*

Pumpa upp manschetten tills pulsen upphör att kännas och 30 mmHg till. Släpp sedan ut trycket med 2-3 mmHg/s och vid det manschettryck då pulsen återkommer är värdet för det systoliska blodtrycket.

Hur: Manuell blodtrycksmätning/Auskultatorisk mätning:

- Placera blodtrycksmanschetten 2-2,5 cm ovan armveck, manschetten ska sitta stadigt men ej för hårt. Artärmarkeringen på manchetten ska vara på armens insida, ovan artären.
- Om patienten ligger ner ska armen stöttas upp så den hamnar i samma höjd som hjärtat.
- Om patienten sitter upp ska armen stöttas upp så den hamnar i mitten av bröstbenet.
- Armen ska vara avslappnad och handflatan vänd uppåt.
- Benen ska ej vara korsade
- Patienten bör ej samtala under mätningen
- Stetoskopet ska placeras över arteria brachialis (på lillfingersidan i armvecket).
- Pumpa upp manschetten – 30 mmHg över förväntat eller palpatoriskt tryck (se ovan)
- Släpp sakta ut luften ur manchetten (2-3 mmHg/s)

Notera när hjärtljuden börjar höras (systoliskt tryck)
Notera när hjärtljuden försvinner (diastoliskt tryck)

Om blodtrycket behöver kontrolleras om direkt – vänta 1 min mellan mätningarna. Lyft armen för att minska blodansamling i armens vener.

Automatiska blodtrycksmätaren är ej tillförlitliga vid högt och lågt blodtryck, hög och låg puls samt rytmrubbningar (tex förmaksflimmer). Dessa behöver även kalibreras regelbundet. Stäm av med din sjuksköterska om automatisk mätare kan användas på patienten.

Pulsmätning:

Varför mäter vi pulsen:

För att bedöma patientens mående, hälsokontroll, uppföljning av behandling.

Faktorer som kan påverka pulsens frekvens, rytm och fyllnad:

Låg blodtryck ger ett mindre återflöde tillbaka till hjärtat vilket så ger ett mindre flöde från hjärtat. Kan bero på till exempel allmän blodkärlsvidgning, rubbning i hjärtats rytm eller blödning.

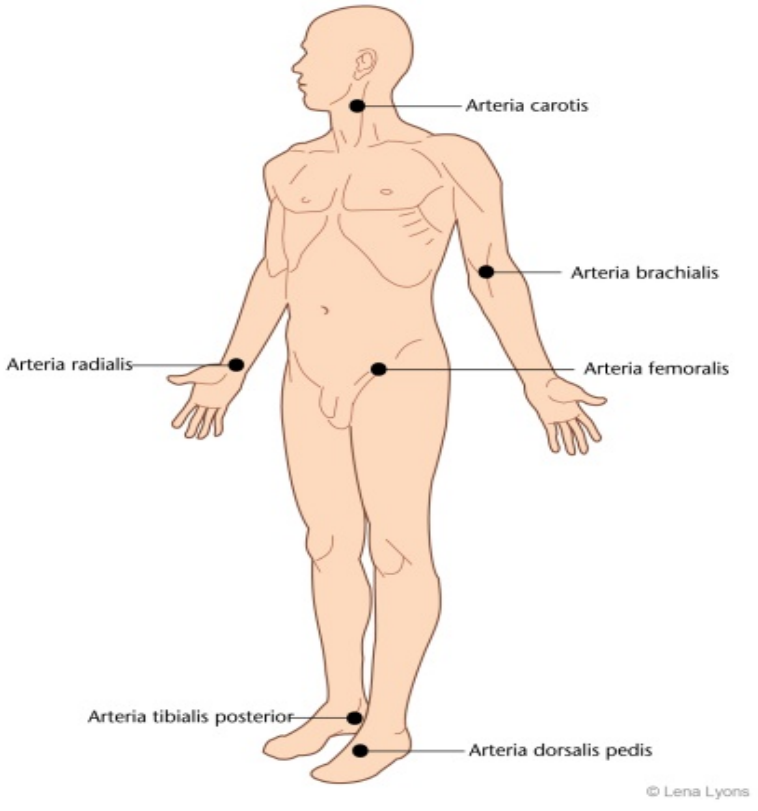
En annan orsak till svårigheter att känna pulsen kan vara perifer kärlsjukdom, åderförkalkning är den absolut vanligaste bakomliggande orsaken till förträngningar och blockeringar. I dessa fall är det bra att mäta pulsarna i båda kroppssidorna för att kunna jämföra båda sidorna.

Normala hjärtfrekvensen (vuxen) är mellan 50-100 slag/minut. En frekvens under 50 slag/minut kallas bradykardi och över 100 slag/minut kallas takykardi. Orsaken till en bradykardi kan till exempel vara förgiftningar, syrebrist eller nedkylning. Feber, fysisk ansträngning, smärta och stor vätskeförlust eller blödning kan ge en takykardi.

Mätställen:

Vanligaste mätställen är:

- **arteria radialis,** på tumsidan handleden (Vid sjunkande blodtryck blir pulsen allt tunnare, oftast snabbare och svårpalperad. Vid cirka 80 mmHg systoliskt börjar pulsen bli svår att känna och lägre systoliskt tryck känns ej pulsen)
- **arteria carotis,** ligger mellan struphuvudet och den sneda halsmuskeln, är en mycket central pulsåder där den palpabla pulsen försvinner när blodtrycket sjunker. Vid medvetslösa och kraftigt cirkulatoriskt påverkade patienter bör därför arteria carotis användas för pulspalpation.



av

vid

sent

Förberedelser:

- Informera patienten.
- Patienten bör ha vilat minst 5 min innan kontroll
- Ej ha druckit te, kaffe, nyttjat tobak eller utfört tyngre fysisk ansträngning 30 min innan kontroll
- Armen bör vila mot underlag vid kontrollen

Hur:

Lokalisera pulsen vid önskat mätställe.

Pulsen känns bäst med fingerblomman, det vill säga fingertoppens inre mjuka del.

Placera pek-, lång- och eventuellt ringfinger över artären med ett lagom tryck. Om nagelbädden på det palperande fingret blir vit är trycket alldeles för hårt. Vid för hårt tryck komprimeras kärlet vilket gör att pulsen blir svårare att känna. Dessutom kan patienten som undersöks uppleva obehag.
(Obs – mät aldrig med tummen)

Frekvensen bör mätas under en minut. Speciellt viktigt vid långsam puls eller rytmrubbning. Använd klocka med sekundvisare eller stoppur.



Mäta kroppstemperatur:

Varför mäter vi kroppstemperaturen: för att bedöma patientens mående samt uppföljning av medicinsk behandling

Hur mätningen genomförs, det vill säga mätställe, utförande och teknik har betydelse för resultatet.

OBS: Ta hänsyn till och dokumentera om patienten fått smärtstillande läkemedel med temperatursänkande effekt vid feber, till exempel paracetamol, acetylsalicylsyra eller olika NSAID-preparat.

Kroppstemperaturen varierar över dygnet. Morgontemperaturen är cirka 0,2°–1,0°C lägre än temperaturen på eftermiddagen/kvällen (klockan 17–19). Under natten sjunker temperaturen för att vara som lägst vid 3–4-tiden. Dygnsvariationen bibehålls även vid feber.

Vanligtvis brukar det räknas som feber om temperaturen är 38.0 o eller högre, det kan variera mellan olika personer.

Förberedelser:

Informera patienten

Temperaturmätning i hörselgången:

Öröntermometern uppskattar temperaturen genom att uppfånga värme från trumhinnan och hörselgången.

Det är viktigt att hörselgången sluter tätt om proben under mätningen, annars visas ett för lågt värde. Detta, samt att probspetsen inte riktas mot trumhinnan, är en förklaring till att olika mätvärden ibland ses vid upprepad mätning i samma öra eller mellan vänster och höger öra. Mät därför i samma öra och, om olika mätvärden uppmäts, notera det högsta värdet.

Mellan varje mätning måste ett nytt skydd placeras över linsen för att inte mätningen ska ge för låga värden.



Vaxproppar påverkar sannolikt inte mätvärdet, men inflammation i örat (otit) kan ge en liten temperaturstegring (cirka 0,1°C).

Likaså kan för höga värden noteras om örat legat mot kudden precis före mätningen. Vänta då i cirka 10 minuter innan mätningen genomförs.

Hur: För in probspetsen varsamt rakt in i hörselgången tills det slutet tätt. Placera termometern så att proben riktas mot personens öga på motsatta sidan. På så sätt riktas proben mot trumhinnan.

Temperaturmätning i ändtarmen (rektalt):

Används traditionellt i Sverige. Mätmetoden är därför väl känd och metoden visar samma mätvärde vid upprepad mätning.

Metoden kan orsaka obehag för patienten.

Temperaturen i rektum ändras långsammare än temperaturen i örat samt visar generellt en högre temperatur än mätning på andra mätställen. Vid lågt blodflöde i buken, till exempel vid chock, kan rektaltemperaturen däremot vara lägre.

Hur: Termometern förs in 3-5 cm i rektum på en vuxen person



Räkna andningsfrekvens:

Varför: för att bedöma patientens mående samt vid uppföljning av medicinsk behandling.

Andningens två viktigaste uppgifter är att transportera tillräcklig mängd syre till lungorna samt transportera ut den koldioxid som bildats i kroppen.

Påverkad andningsfrekvens är ofta det första tecknet på att en patients tillstånd försämras.

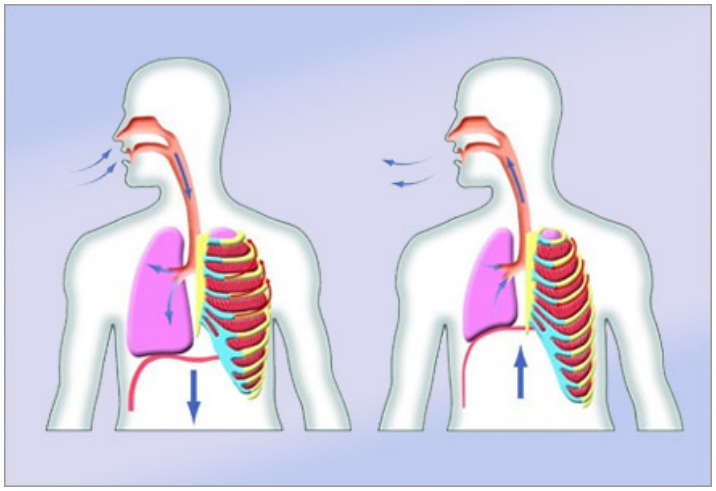
En normal andningsfrekvens är ungefär mellan 12-20 andetag/min. Räkna helst andningen under en hel minut. Om patientens tillstånd är kritiskt eller om patienten har en jämn och regelbunden andning kan det vara motiverat att räkna i 30 sekunder och multiplicera med 2.

Hur:

Bedömning av andningsfrekvens bör ske utan att patienten informeras om att det är andningen som bedöms för att motverka eventuell medveten påverkan på frekvensen.
Andningsfrekvensen bör räknas under en minut då vissa patienter kan ha ett oregelbundet andningsmönster.

Lyssna - Hur låter andningsljuden? Rosslande, pipande eller väsande? Om luftvägarna delvis är blockerade hörs ofta ett väsande och pipande ljud

Känn - Lägg din hand på patientens bröstkorg och känn efter andningsrörelserna om de är svåra att se. Höjer sig bröstkorgen symmetriskt?
Lägg din hand eller kind över patientens näsa och mun - kan du känna luftströmmen?



Kompressionsbehandling

Lindning av ben

Varför lindar man ben?

- Ödem- för att trycka tillbaka vattnet från vävnaden och ut i blodbanan så kroppen kan göra sig av med detta på rätt sätt. Har patienten vätskedrivande måste vätskan tillbaka in i blodbanan för att läkemedlet kan göra sin verkan.
- Sår- Sårläkningsprocessen främjas vid benlindning. Vävnadsläkning i sår av venöst ursprung kan också förbättras med kompressionsbehandling genom att reducera det venösa trycket. Hud och vävnad blir då mindre belastade och kan bättre förses med näringsämnen, till exempel syre.

Hur gör man då?

https://socialtjanstenplay.solidtango.com/video/04-lagelastisk-ny-broadband-high

Viktigt att tänka på/uppmärksamma med benlindning

- Kräver en delegering för att linda på, men ingen för att linda av.
- Färgen på patientens tår, kan patienten röra på tårna. Avvikande färg= för hårt lindat.
- Rätt linda till rätt patient. Flera patienter har lindor som ska sitta dygnsvis, d.v.s. inte lindas av på kvällen.
- LÄS alltid patient- och brukarmeddelande så du inte lindar av lindning som ska sitta över natten.

Juxta Lite



En typ av kompressionsbehandling av typen justerbar kompression.
För att få rätt tryck ska mätstickan användas, se patient/brukarmeddelande för att se vad patienten ska ha för tryck på sina Juxta.

https://vimeo.com/133458383

Kompressionsstrumpor (kräver ej delegering att utföra)

Utöver ödem så hjälper de till att normalisera blodflödet, stänger igen venklaffarna bättre och underlättar typiska problem som tunga ben.

Viktigt att tänka på…

- Se så att kanten på stödstrumpan inte är vikt. Detta kan medföra att vätska lägger sig i vävnaden ovanför strumpkanten.
- Strumpans kant ska vara 2 fingrar nedanför knävecket.
- Viktigt att strumpan sitter slätt mot benet, inga veck.
- För att strumpan ska ha önskvärd effekt är det viktigt att den är hel, utan maskor eller hål.
- Rätt storlek. Rätt strumpa till rätt patient.

Spolning av Urinkateter/Blåssköljning

Varför spolar vi urinkatetern:

För att lösa blockeringar, förhindra att det blir stopp vid till exempel blödning från urinvägarna.

Förberedelser och Material:

- Läs instruktionen i patient/brukarmeddelandet gällande spolning av urinkatetern och om det står angiven spolmängd samt vilken spolvätska; Natriumklorid eller vatten.
- Ta fram natriumklorid 9 mg/ml eller annan ordinerad vätska.
- En steril skål samt en Spolspruta
- Rondskål eller likande för att tömma ut den inspolade vätska.
- Hygienunderlägg.
- Peang eller kateterklämma, om behov finns.

Tillvägagångssätt

Tillämpa alltid basala hygienrutiner

1. Fyll en steril skål med spolvätskan och dra upp i spolsprutan.
2. Spruta försiktigt in 10-20 ml och kontrollera att sköljvätskan går lätt att spola in och att den lätt rinner ut.
3. Fyll urinblåsan med 60-100 ml, eller bestämd mängd utifrån instruktionen i patient/brukarmeddelandet. Fyllnaden ska inte orsaka smärta.
4. Låt vätskan rinna ut.
5. Proceduren upprepas tills returvätskan är klar. Mängden spolvätska som behövs kan variera.
6. Observera så att ingen vätska blir stående kvar i urinblåsan, genom att mäta hur stor mängd som spolas in och rinner ut.

Tänk att alltid ha koll på så att det rinner på med urin under dagen. Kontrollera slangen så den inte ligger vikt så att urinen kan flöda fritt genom slangen.

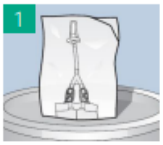
Blåsinstillation med citronsyrelösning- Urotainer

Varför: En regelbunden spolningsrutin med Urotainer kan användas förebyggande för att förhindra att kristaller byggs upp och blockerar/skadar katetern.

Förberedelser och material:

Tillämpa basala hygien rutiner.

Se instruktion från tillverkare: Uro-Tainer® Twin SUBY G

1 

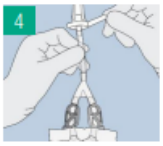
Uro-Tainer® Twin-påsen är sterilförpackad och ytterpåsen tas bort först när produkten ska användas.
Lösningen ska ha kroppstemperatur, ungefär 37°C.
För uppvärmning, doppa den sterilförpackade påsen i ljummet vatten.

2 

Öppna ytterpåsen och ta ut Uro-Tainer® Twin.

3 

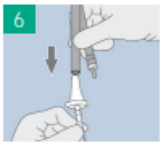
Stäng båda slangarna med de gröna och vita klämmorna.

4 

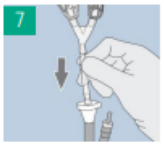
Ta bort den borttagningsbara stängningsringen.

5 

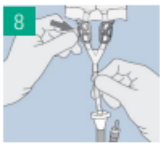
Vrid locket och ta bort det utan att röra den sterila konnektorn. Sätt den vita klämman i öppet läge och låt några droppar lösning rinna in i katetern för att avlägsna ev. luftbubblor.

6 

Anslut konnektorn till urinkatetern.

7 

Håll Uro-Tainer® Twin över blåsans nivå, så att lösningen från första kammaren kan rinna ner till blåsan. Använd varken kraft eller tryck och skaka inte heller lösningen, allt för att undvika trauma på blåsan.

8 

Stäng den öppna slangen med den vita klämman.

9 

Öppna den vita klämman efter 5 minuter, håll påsen under blåsans nivå och låt lösningen rinna ut. Stäng slangen med den vita klämman.

10 

Upprepa nu processen med den andra kammaren. Håll Uro-Tainer® Twin över blåsans nivå och öppna den gröna klämman. Låt lösningen rinna till blåsan. Använd ingen kraft och undvik att skaka påsen.

11 

Stäng den öppna slangen med den gröna klämman.

12 

Öppna den gröna klämman efter 5 min., håll påsen under blåsans nivå och låt lösningen rinna ut. Stäng slangen med den gröna klämman. Kontrollera att båda klämmorna nu är stängda.

13 

Avlägsna konnektorn från katetern genom att försiktigt vrida loss den. Anslut sedan katetern till urinpåse. Kassera Uro-Tainer® Twin efter avslutad behandling. Observera att den enbart är avsedd för engångsbruk.

Enkel sårvård

Ren rutin tillämpas vid alla sår som inte kräver steril omläggning. Ren rutin innebär att sår rengörs med färsk tappat, kroppstempererat kranvatten (om möjligt vid dusch) och rena produkter.

Material

- skyddshandskar
- engångs plastförkläde
- förband till aktuellt sår
- kompresser
- eventuellt ren behållare med kropps tempererat kranvatten
- eventuell kräm, salva eller hudskydd

Förberedelser- Tillämpa basala hygienrutiner

- Desinfektera avlastningsbord/uppdukningsyta med medel för ytdesinfektion och duka upp materialet. Utgå från instruktion i patient/brukarmeddelandet om såret är känt sedan innan, annars utgår ifrån akutlådans innehåll.
- Klicka ut eventuella salvor och krämer på en kompress.

Tillvägagångssätt

Gör så här:

1. Desinfektera händer.
2. Ta på engångs plastförkläde.
3. Desinfektera händer och underarmar och ta på handskar.
4. Ta bort det använda förbandet.
5. Ta av använda handskar, desinfektera händer och underarmar.
6. Ta på nya handskar.
7. För optimal rengöring duscha om möjligt såret i kropps tempererat kranvatten, alternativt tappa upp vattnet i ren behållare/skål genom att spola ur kranen en minut (var observant på om du tagit i duschmunstycket eller kranen då ytterligare desinfektion av händer och byte av handskar blir nödvändig).
8. Blöt kompresser och rengör sår och omgivande hud. Arbeta inifrån såret och ut mot omgivande hud.
9. Ta av handskar, desinfektera händer och underarmar.
10. Ta på nya handskar.
11. Vid behov behandla omgivande hud med kräm och/eller hudskydd.
12. Ta av handskar, desinfektera händer och underarmar.
13. Applicera förband. Ta på handskar om du riskerar att komma i kontakt med såryta eller skadad hud.
14. Desinfektera händer och underarmar.

Subcutan injektion med förfylld spruta





Tillvägagångssätt för subcutan injektion se Subkutan, sc - Vårdhandboken (vardhandboken.se)

På webbplatsen Medicininstruktioner finns filmer med instruktioner för tillvägagångssätt vid olika subcutana injektioner. Medicininstruktioner - Instruktionsfilmer för läkemedel Se gärna den som komplement till nedanstående beskrivning.

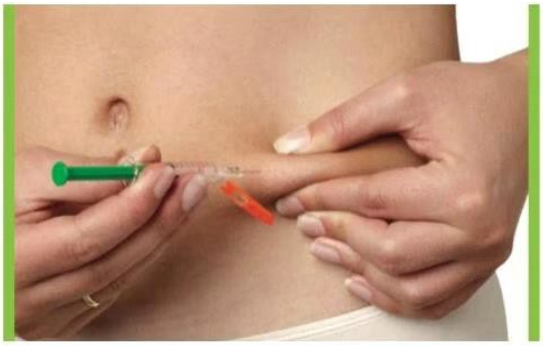
- Kontrollera ordination på läkemedelslistan.

- Använd basala hygienrutiner. Öppna plasttuben genom att vika upp fliken på locket. Inspektera sprutans innehåll, vätskan ska vara klar. Om injektionsvätskan är grumlig, ska du inte använda den utan ta en annan spruta.

- Böj ner säkerhetsanordningen bort från nålskyddet och Avlägsna nålskyddet försiktigt.

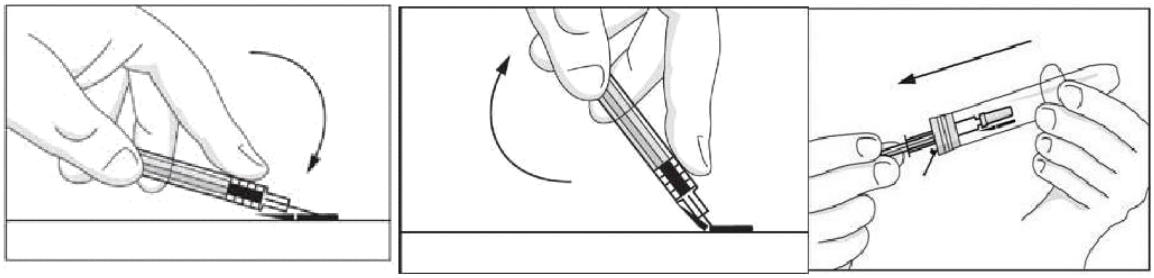


- Lyft upp ett hudveck mellan tummen och pekfingret med ena handen och stick in nålen, vinkelrät mot huden. Spruta långsamt in ordinerad dos. Dra ut nålen till hälften och räkna till tio. Dra sedan ut nålen helt.





- Pressa säkerhetsanordning mot ett hårt underlag, pressa tills nålen sitter fast. Lägg tillbaka sprutan i behållaren och tryck ner fliken på locket.
- Sprutan är nu sticksäkrad och kan läggas i burk för stickande och skärande avfall.



- Signera given dos i MCSS

Urinsticka

Varför: En urinsticka tas vid misstanke om urinvägsinfektion.

Förberedelse samla urin:

- Samla urin från en patient genom att lägga ett rent kärl i toaletten och låt patienten kissa.
- Om patienten klarar är ett mittstråle prov bäst, patienten kissar en skvätt innan provet samlas in.
- Transportera urin från kärlet till ett provtagningsrör.
- Märk urinprovet med namn och personnummer samt datum och tid provet togs.

Samla urin från en patient med urinkateter:

- Ta urinprovet genom att sätta en kateterklämma mellan förgreningen och urinuppsamlingspåsen för att samla urin i urinblåsan.
- Ta bort urinuppsamlingspåsen.
- Desinficera kateterkopplingen. Låt lufttorka ordentligt.
- Låt urinkatetern vara stängd i 30-60 minuter.
- Ta av klämman. Låt urin rinna ner i provtagningsrör. Fyll till hälften.
- Sätt en ny oanvänd urinuppsamlingspåse på urinkatetern.
- Märk urinprovet med namn och personnummer samt datum och tid provet togs.
- Lämna snarast till sjuksköterska alt. förvara i kyl tills det kan lämnas över om ev. urinodling ska tas.

Ta en urinsticka

Hur:

- Blanda urinprovet väl.
- Ta ut en sticka ur burken precis innan analys ska utföras. Förslut burken ordentligt. Vidrör inte stickornas testfält.
- Doppa stickan snabbt (1–2 sek) i urinen så att alla testfält fuktas.
- Stryk av kanten på stickan mot provkärlets kant för att avlägsna överskott av urin och lägg kanten på stickan utan att vidröra ovansidan av testfälten, mot en ren pappersservett för att suga upp överflödet.
- Stickan måste hållas horisontellt mätningen för att inte testfälten ska påverka varandra.
- Jämför testfälten på stickan med färgförklaringen på burken efter 60 sekunder (60–120 sekunder för leukocyter).
- Skriv ned mätvärdena och dokumentera dem i VIVA och rapportera till Sjuksköterskan.

Nutrition

- Läkemedel, sondvällning och hantering.

Ibland behöver patienter stöd i sitt intag av nutrition av olika anledningar, det kan till exempel sväljsvårigheter, behandlingar som påverkar mat intag, sjukdomar med flera.

Är det då svårt att äta mat den vanliga vägen så kan patienten vara aktuell för en Nasogastrisk sond (slang via näsan ner till magsäcken) eller vid långvarigt behov en PEG/Knapp (slang in via buken till magsäcken). Genom dessa kan man ge läkemedel och sondvälling.

PEG/Knapp- skötsel och administrering av läkemedel

Varför: Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) anläggs som en förbindelse (hål=stoma) genom bukväggen till magsäcken med hjälp av ett gastroskop. Katetern hålls på plats med hjälp av en stopplatta på insidan och en stopplatta som fixeras på utsidan mot bukväggen. En PEG är ett alternativ vid ett längre behov av näringstillförsel. Vid långtidsbehandling, det vill säga när patienten har haft en PEG i mer än 6-8 veckor och om stomat är läkt, kan katetern ersättas av en gastrostomiport/gastrostomiknapp. Kopplingen till matningsslang/aggregat ligger närmast huden.

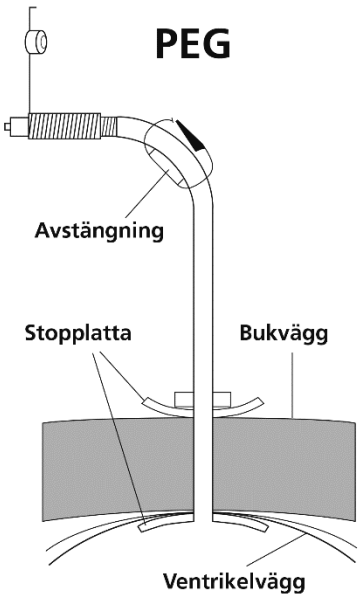


Fig 1. PEG

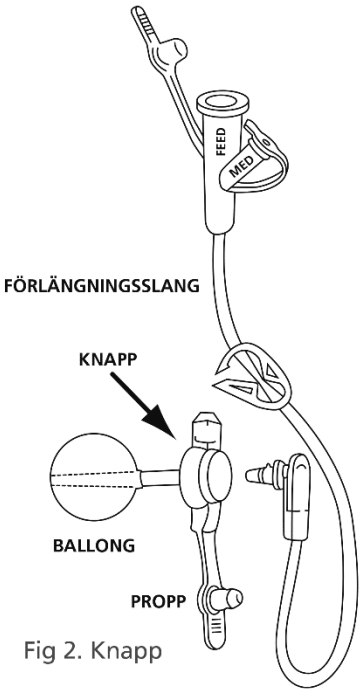


Fig 2. Knapp

(Vätske- och nutritionsbehandling 2023 Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen)

Skötsel av PEG/Knapp:

Se instruktion/information i patient/brukarmeddelandet.

- Tillämpa basala hygienrutiner
- Rengör dagligen med tvål eller tvätt kräm och kranvatten runt PEG eller knappen och under plattan.
- Torka torrt med en ren handduk eller kompress.
- Förband kan appliceras runt kateteringången för att hålla den torr.
- Lägg ingen kompress under plattan om inte patienten särskilt önskar det.
- Om förband används, byt minst en gång per dag eller vid behov- instruktion i patient/brukarmeddelandet.
- Vrid PEG:en ett halvt varv varje dag för att förhindra att den inre plattan fastnar i magsäcksväggen.
- Inspektera PEG dagligen och var uppmärksam på eventuella tryck- och/eller infektionssymtom.
- Dokumentera eventuella förändringar och rapportera dem till ansvarig sjuksköterska
- Vid läckage runt gastrostomin, kontrollera stopplattan och strama till denna något.
- PEG-ballong kuffas om med sterilt vatten 1 gång per vecka eller enligt individuell ordination. Vätskemängd för ballong anges av tillverkaren och instruktion finns i patient/brukarmeddelandet- kräver handledning av sjuksköterska.

Administrering av läkemedel och spoling av PEG/Knapp

Se instruktion i Patient/brukarmeddelande gällande läkemedel.

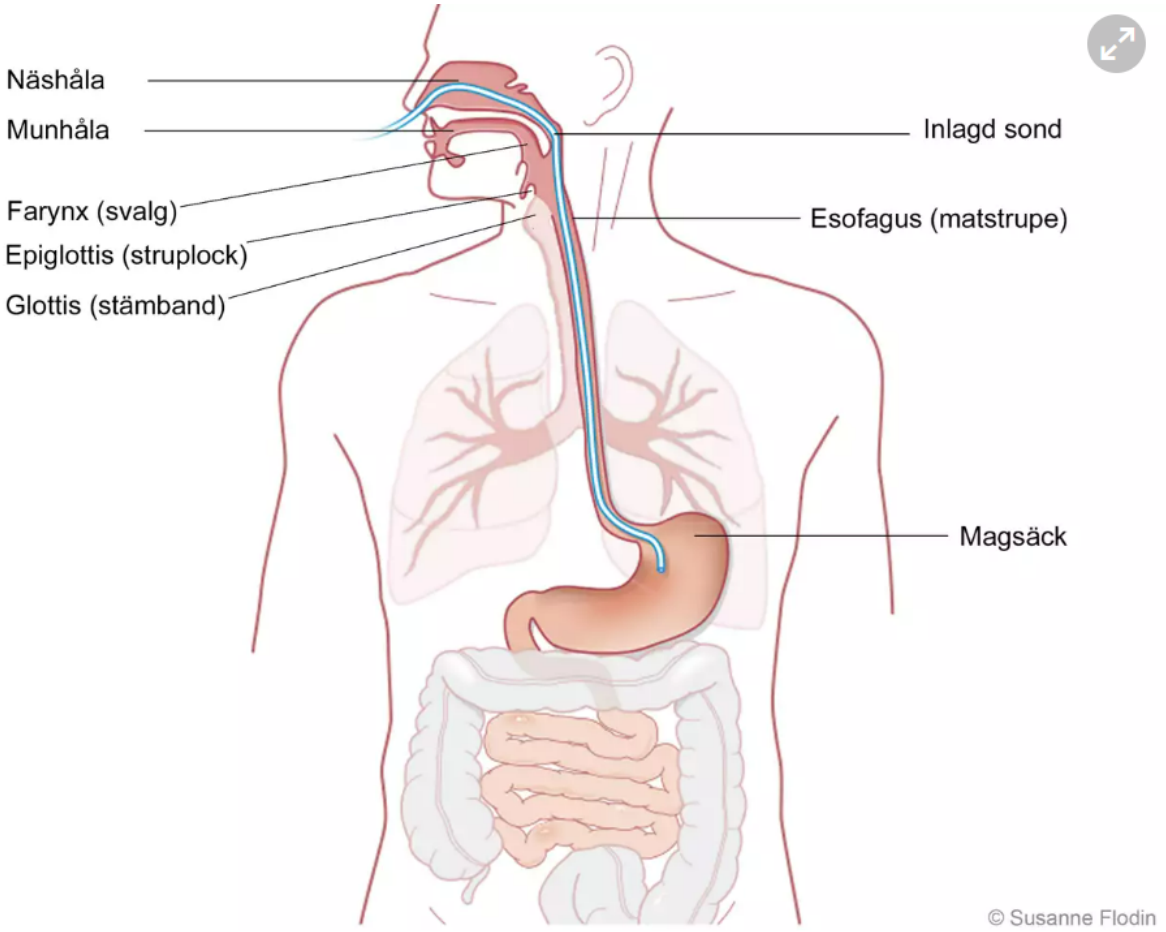
- Spola gastrostomikatetern med 20–50 ml färsktappat vatten från en genomspolad och frekvent använd kran före och efter läkemedelstillförsel.

Koppla sondvälling

- Spola gastrostomikatetern med 20–50 ml färsktappat vatten från en genomspolad och frekvent använd kran före påkoppling av sondvälling.
- Läs i patient/brukarmeddelandet om till exempel dropptakt och vilken sondvälling som ska påkopplas aktuell tid.
- Efter avslutad sondvällning ska gastrostomikatetern spolas med 20–50 ml färsktappat vatten från en genomspolad och frekvent använd kran.

Nasogastrisk sond

Texterna inom området nutrition i Vårdhandboken utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling av undernäring, samt Socialstyrelsens kunskapsstöd "Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst".



Nasogastrisk sond - infart via näsan till magsäcken

Nasogastrisk sonder finns i olika material, vilket styr hur länge sonden kan ligga. Det finns sonder i olika längder anpassade till om det är barn eller vuxna som ska sondmatas och till var i mag-tarmkanalen sondspetsen ska placeras. Sonderna innehåller ofta ledare för att underlätta nedläggningen och en del har röntgentät avståndsmarkering.

Tillbehör: Det finns en hel del tillbehör till en nasogastrisk sond.

Sonsmatningstillbehör:

- **Sondmatningsaggregat-** Kopplas på sondmatens förpackning och på nasogastriska sonden som sondvällingen transporteras igenom. Engångs.
- **Gravitationsaggregat-** Samma som ovan men fungerar med hjälp av gravitation, används utan pump. Engångs.
- **Sondmatningspump-** Används där det krävs reglerad tillförseln av sondmaten.
- **Sondspruta-** Sondmatning med spruta sker vid bolusmatning samt vid tillförsel av läkemedel och spolning av sond.

Olika sätt att ge sondmatning

Sondnäring kan ges på följande sätt:

- Intermittent med sondmatningsaggregat, vilket innebär att matningen sker under 2–3 timmar med uppehåll emellan.
- Som bolusmatning, vilket innebär att matningen sker med hjälp av sondspruta under cirka 20–30 minuter och att mängden vanligtvis motsvarar en måltid.

Gravitationsmatning

- Matning med sondmatningsaggregat kan ske med hjälp av gravitationskraften genom att sondnäringen hängs på droppställning och droppar ner enligt en reglerad dropphastighet.

Matning med sondmatningspump

- Vid enteral näringstillförsel används vanligen sondmatningspump för att säkerställa att sondnäringen matas enligt ordination avseende hastighet och volym. Med en långsam kontinuerlig tillförsel vid uppstart minskar risken för illamående, kräkningar och diarréer.
- Matning med pump kan också vara att föredra för patienter med diabetes. Sondmatning bör ske enligt samma principer som vid kostbehandling, vilket innebär att samordna näringstillförsel och diabetesbehandling. Det betyder att enteral näringstillförsel administreras i jämn takt över en större del av dygnet.

Munvård- Risken för att slemhinnorna i munnen blir skörare ökar när maten inte tuggas på vanligt sätt. Det bör kontrolleras och uppmärksammas om de blir röda eller irriterade. Risken för karies och infektioner ökar vid muntorrhet. Viktigt att utföra munvård flera ggr om dagen.

Tillvägagångssätt vid sondmatning

Basala hygienrutiner och ett aseptiskt arbetssätt är viktigt vid allt arbete med sond, sondmatningsaggregat och sondnäring eftersom risken för att kontaminera sondnäringen är stor. Tillämpa basala hygienrutiner

Gör så här:

- Höj sängens huvudända cirka 30^{o} om patientens tillstånd medger detta. Som alternativ om patienten inte kan sitta, kan hen ligga i höger sidoläge vid själva sondmatningen.
- Vid nasogastrisk sond, kontrollera sondläget innan sondmatningen startas.
    1. Är sonden väl fixerad vid näsan? Stämmer mätmarkeringen på sonden med patient/brukarmeddelandet?
    2. Sondläget kontrolleras genom att luft sprutas ned i sonden samtidigt som man med ett stetoskop lyssnar efter bubblande ljud i magen.
- **Vid misstanke om att sonden hamnat fel, stoppa sondmatningen och kontakta sjuksköterska.**
- Börja och avsluta varje sondmatning med att spola igenom sonden med färsk tappat vatten från en genomspolad och frekvent använd kran men begränsa volymen, se patient/brukarmeddelandet. En del patienter mår dåligt av för stora volymer vatten. Det viktiga är att slangen blir ren. Använd endast spruta avsedd för enteral näringstillförsel.
- Sondmata enligt det administreringssätt som är ordinerat.
- Sondnäringen ska vara rumstempererad.
- Om patient ordinerats extra vätska bör denna fördelas under flera tillfällen utanför sondmatningstillfällena.

Medvetandesänkta patienter, sängbundna patienter utan normal sväljreflex och patienter med tendens till ventrikelretention bör övervakas extra noga på grund av risken för reflux till matstrupen och aspiration.

Spolning före och efter samt mellan administrering av läkemedel

Enterala infarter ska alltid spolas både före och efter administrering av läkemedel eller sondnäring. Lämplig volym att spola med före och efter administrering hos en vuxen är 15–30 ml, anpassat efter sondens tjocklek och längd.

Om flera läkemedel ska administreras bör de ges var för sig, med spolning mellan varje läkemedel. Detta för att minimera risk för stopp. Sjuksköterska gör en bedömning om det är lämpligt att administrera flera läkemedel samtidigt.

Praktiskt tillvägagångssätt vid enteral läkemedelsadministrering

Tillämpa basala hygienrutiner

Gör så här vid enteral läkemedelsadministrering:

- Patienten bör om möjligt vara sittande eller halvsittande.
- Kontrollera den enterala infartens läge före administrering av läkemedel.
    - Är sonden väl fixerad vid näsan? Stämmer mätmarkeringen med patient/brukarmeddelandet?
    - Sondläget kontrolleras genom att luft sprutas ned i sonden samtidigt som man med ett stetoskop lyssnar efter bubblande ljud i magen.

Vid misstanke om att sonden hamnat fel, kontakta sjuksköterska.

- Undvik att vidröra sondöppningen, spetsen på sondmatsaggregatet eller sprutans spets. Placera den enterala infartens mynning på ett rent underlag. Desinfektera med desinfektionsmedel innehållande klorhexidin och etanol om mynningen kontamineras.
- Använd sprutor för enteralt bruk.
- Gör uppehåll i tillförsel av eventuell sondnäring.
- Spola den enterala infarten med vatten enligt rekommendation ovan.
- Administrera om möjligt ett läkemedel i taget för att förebygga interaktioner mellan läkemedel samt ocklusion.
- Kontrollera att läkemedlet ges i den enterala infarten.
- Om läkemedlet har iordningsställts i en annan behållare, till exempel en medicinkopp, tillsätt extra vatten i behållaren, dra upp i sprutan och administrera så att patienten får i sig hela dosen.
- Spola den enterala infarten med vatten enligt rekommendation ovan.